

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

71

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean DELIE

Né le 16 Juin 1912, à PARIS (Seine)

DE L'AVENIR
DES TUBERCULEUX RÉNAUX
INOPÉRABLES

Président : M. TANON, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean DELIE

Né le 16 Juin 1912, à PARIS (Seine)

DE L'AVENIR
DES TUBERCULEUX RÉNAUX
INOPÉRABLES

Président : M. TANON, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

I. — Professeurs

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.	STROHL.
Physique médicale	POLONOVSKI.	Robert DEBRE.
Chimie médicale	BRUMPT.	BAUDOUIN.
Bactériologie	ABRAMI.	CHEVASSU.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	LEROUX.	CHAMPY.
Pathologie médicale et générale	TIFFENEAU.	HARVIER.
Pathologie médicale	TANON.	BALTHAZARD.
Pathologie chirurgicale	LAIGNEL-	LAVASTINE
Anatomie pathologique	FIESSINGER.	CHIRAY.
Histologie	LOEPER.	CARNOT.
Pharmacologie et matière médicale	Marcel LABBE.	CLERC.
Thérapeutique	LEREBOULET	NOBECOURT.
Hygiène et médecine préventive	H. CLAUDE.	GOUGEROT.
Médecine légale	GUILLAIN.	LEMIERRE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CUNEO.	GOSSET.
Pathologie expérimentale et comparée	GREGOIRE.	LENORMANT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	TERRIEN.	MARION.
Clinique médicale	LEVY-SOLAL.	COUVELAIRE.
Hygiène et clinique de la première enfance	JEANNIN.	MOCQUOT.
Clinique des maladies des enfants	OMBREDANNE.	RATHERY.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LEMAITRE.	Pierre DUVAL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VILLARET.	TROISIER
Clinique des maladies du système nerveux	MATHIEU.	LAUBRY.
Clinique des maladies infectieuses	N.....	HOVELACQUE.
Clinique chirurgicale	MULON.	OLIVIER.
Clinique ophtalmologique	VERNE.	
Clinique urologique		
Clinique d'accouchements		
Clinique gynécologique		
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		
Clinique thérapeutique médicale		
Clinique oto-rhino-laryngologique		
Clinique thérapeutique chirurgicale		
Clinique propédeutique		
Clinique de la Tuberculose		
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		
Clinique cardiologie		
Assistance médico-sociale		
Professeurs sans chaire		

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
AMELINE	DE GAUDART
BARIETY	D'ALLAINES ..
BERNARD Henri	GAYET
BERNARD Et.	DE GENNES ..
BESANÇON (J.).	GIROUD
BOULIN	HAGUENAU
BULLIARD	HALPHEN
CATHALA	HAZARD
COSTE	HUGUENIN
CHEVALLIER	JOANNON
DOGNON	LACOMME
FUNCK	LANTUEJOL ..
BRENTANO ...	LAROCHE Guy.
FEY	LAVIER
GAILLARD	LELCNG
GASTINEL	



MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.)	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIEDELIEVRE..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.

MM.	
HEITZ-BOYER...	Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

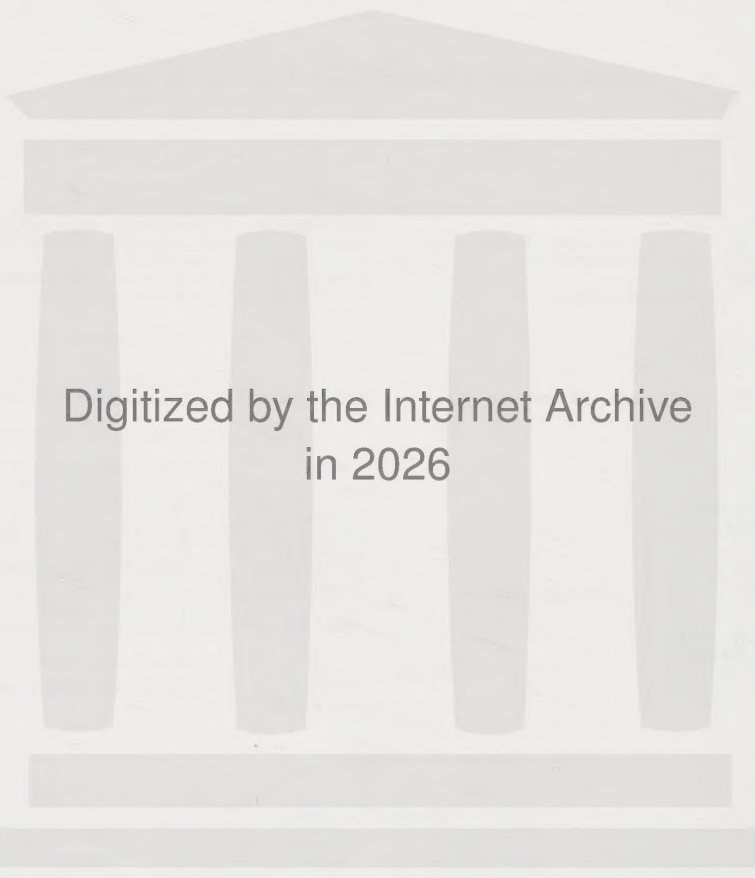
MM.	
ALAJOUANINE..	} Clinique médicale
AUBERTIN	
BRULE	
CPABROL	
DONZELOT ...	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR- VAL-	
LERY-RADOT..	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCC	
CADENAT ...	
GATELLIER ...	
MOURE	
QUENU	
VELTER	
ECALLE	} Clinique obstétricale
METZGER ...	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA FEMME

A MES ENFANTS JANINE ET JACQUES

A MES PARENTS

A MON FRERE

LE DOCTEUR PIERRE DELIE

Qui m'a fait profiter de ses meilleurs
conseils au cours de mes études et
dont l'exemple a toujours été pour
moi un guide précieux.

A MES SŒUR ET BELLE-SŒUR

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

En témoignage de ma profonde af-
fection.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Inspecteur Général des Services Techniques d'Hygiène

à la Préfecture de Police

Officier de la Légion d'honneur

Hommage respectueux pour le
grand honneur qu'il a bien voulu nous
faire en acceptant de présider cette
thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PELLETIER

*Urologiste de l'Hôpital Départemental de la Seine
Chevalier de la Légion d'honneur*

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse.

Sa bonté et ses conseils nous ont
toujours heureusement guidés.

Qu'il trouve ici l'expression de no-
tre respectueuse reconnaissance.

A NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS (*in memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR FIESSINGER

MONSIEUR LE PROFESSEUR PROUST (*in memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BERNARD
(*in memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBECOURT

MONSIEUR LE DOCTEUR PARAF

MONSIEUR LE DOCTEUR CELICE

MONSIEUR LE DOCTEUR KUSS

Qu'ils veuillent bien trouver ici
l'expression de notre profonde grati-
tude pour leur précieux enseignement.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN MICHAUX

*Médecin de l'Hôpital Départemental de la Seine
Chevalier de la Légion d'honneur*

Dont l'autorité et la haute bienveillance nous furent si précieux.

Toujours il sut nous accueillir et nous guider.

Nous ne saurions trop lui renouveler ici nos sentiments de respectueuse reconnaissance.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL SENECHAL

*Chirurgien de l'Hôpital Départemental de la Seine
Officier de la Légion d'honneur*

En témoignage de notre profonde gratitude pour l'accueil bienveillant et la sympathie qu'il nous a toujours témoignés.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LASNIER

Médecin de l'Hôpital Départemental de la Seine

Deux années passées dans son service nous ont fait bénéficier d'un enseignement très fructueux.

Sa sollicitude à notre égard ne s'est jamais démentie.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR RAYMOND FRANÇAIS

*Chirurgien de l'Hôpital Départemental de la Seine
Chevalier de la Légion d'honneur*

En témoignage de notre reconnaissance respectueuse pour les marques de bienveillance qu'il a bien voulu nous prodiguer.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT BOUROULLEC

En remerciement des directives utiles qu'il sut toujours nous donner.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre fidèle amitié.

AUX MEDECINS ET CHIRURGIENS
DE L'HOPITAL DEPARTEMENTAL DE LA SEINE

MONSIEUR LE DOCTEUR FRANÇOIS-DAINVILLE

MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI FRANÇAIS

MONSIEUR LE DOCTEUR CASALIS

MONSIEUR LE DOCTEUR MUNCH

MONSIEUR LE DOCTEUR ENGEL

MONSIEUR LE DOCTEUR DESCOLA

MONSIEUR LE DOCTEUR HUET

MONSIEUR LE DOCTEUR PELLIZA

MONSIEUR LE DOCTEUR HAMEL

Hommage respectueux.

A NOS AMIS LES DOCTEURS

PAUL GOGUE

SERGE BLANGUERNON

ANATOLE FRABOULET

A MES CAMARADES DE LA SALLE DE GARDE

En souvenir de belles années.

DE L'AVENIR DES TUBERCULEUX RÉNAUX INOPÉRABLES

L'OPINION DES AUTEURS

L'évolution de la tuberculose rénale non opérable semble n'avoir que médiocrement retenu l'attention des auteurs. On admet que la maladie continuant, la terminaison habituelle est la mort qui survient en un temps variant généralement de un à trois ans.

RAFIN et WILDBOLZ, après enquêtes et statistiques, donnent une survie moyenne de quatre ans. Chez les sujets aisés, la maladie pourrait durer, suivant ROCHET, six ans et même dix ans. Cependant, de nombreux urologues n'ont pas craint d'indiquer des survies plus prolongées.

MARION admet que dans certaines formes florides, la tuberculose rénale peut évoluer durant quinze, vingt ans et plus.

Certes, la non-concordance de ces chiffres s'explique aisément. Il est souvent impossible de préciser à quel moment l'affection s'est installée, surtout s'il n'y a pas eu à son début un phénomène marquant comme une hématurie.

De plus, on sait que la marche de la maladie est

souvent irrégulière, capricieuse, avec rémission de plusieurs années, pouvant simuler de véritables guérisons. Mais ces trêves prolongées ne sont malheureusement que des trêves.

ALBARRAN citait volontiers le cas d'un infirmier de Guyon. Cet homme, atteint de tuberculose rénale et vésicale, avait vu ses signes morbides disparaître complètement, et GUYON, pour donner un exemple de guérison spontanée de tuberculose rénale, montra pendant des années à ses élèves cet ancien malade. Celui-ci cependant mourait un jour subitement, emporté par une pyonéphrose.

LEGUEU a rapporté dans une de ses cliniques de Necker, trois cas fort curieux de ces trêves prolongées. Dans l'un d'eux, la trêve dura 21 ans, dans l'autre 16 ans, et dans le troisième 14 ans. Mais toujours, la maladie aboutit à une issue fatale.

Quoi qu'il en soit, la majorité des auteurs s'accordent pour opposer catégoriquement le pronostic de la tuberculose rénale unilatérale, justiciable de la néphrectomie précoce, pronostic essentiellement favorable, puisque la guérison complète et définitive est possible, à celui de la tuberculose rénale bilatérale et par suite inopérable, où la mort est absolument fatale dans un avenir plus ou moins éloigné. Un malade, en somme, est ou n'est pas opérable. S'il est opérable, il faut l'opérer le plus tôt possible. Si le malade n'est pas opéré, soit parce qu'il est inopérable, soit parce qu'il refuse l'opération, il succombera sûrement après de vives souffrances, à échéan-

ce plus ou moins lointaine. Et c'est ALBARRAN qui écrit : « C'est un triste avenir que celui d'un malade atteint de tuberculose rénale; la mort, terminaison invariable, n'arrive que lentement, après la déchéance progressive du malade, que tourmentent sans cesse les douleurs dues aux lésions vésicales ».

Il n'est certes que trop certain que l'intervention chirurgicale, quand elle est possible, modifie du tout au tout le pronostic de la tuberculose rénale. Le dogme d'ALBARRAN : diagnostic précoce, intervention précoce, reste de rigueur, formule qui rallie l'opinion générale. Il est vrai cependant que quelques auteurs, impressionnés peut-être par les séquelles post-opératoires, ont émis quelque doute. Assurément, l'intervention chirurgicale comporte des risques. En dehors du shock opératoire, il faut craindre certaines complications, soit immédiates, soit plus tardives.

CATHELIN, dans l'*Urologie des Praticiens*, a bien mis en relief toutes ces séquelles : fistule lombaire purulente et non purulente, phénomènes douloureux du rein restant et du moignon urétéral, toutes les séquelles vésicales obligeant à plusieurs petites interventions, enfin la tuberculisation toujours possible de l'autre rein.

ARMAND DELILLE et RONÈCHE, dans la Société Médicale des Hôpitaux de 1927, envisagent le traitement strictement médical de la tuberculose rénale par l'héliothérapie à l'altitude.

Ils s'appuient sur les arguments suivants : des malades présentant de la pyurie avec B. K. constatés

dans les urines et inoculation positive au cobaye, ont été revus après un laps de temps variable, avec des urines absolument normales et un excellent état général. Certaines guérisons remontent à plus de dix ans. Aussi ces auteurs voient-ils dans la cure héliothérapique un traitement de choix qui évite l'intervention chirurgicale et permet au sujet de conserver ses deux reins. Mais les chirurgiens urinaires n'ont-ils pas observé de telles apparences de guérison. Tel rein guéri cliniquement est en réalité un rein complètement détruit par la tuberculose, rein mastic ou hydronéphrotique, fonctionnellement inexistant, exclus par fermeture de l'uretère, ce que vérifie d'ailleurs l'intervention. Si l'on ajoute que tout rein exclu peut être la source de multiples complications, on voit qu'il y a loin de là à conclure à une guérison anatomique des lésions et aux avantages que présente pour le malade un traitement strictement médical.

Pour toutes ces considérations, il y a bien lieu de croire que la guérison spontanée de la tuberculose rénale est absolument exceptionnelle. On ne peut que mentionner, avec réserve, les quelques cas de guérison spontanés signalés récemment, à l'étranger, par KEYES, LIEBERMANN, SHAFFHAUSER et WILDBOLZ. L'évolution de l'affection, comme l'ont bien montré ALBARRAN, MARION, HEITZ-BOYER, est toujours fatale si la maladie est abandonnée à elle-même.

Mais nous voulons insister dans cette thèse sur le fait que la survie prolongée de certains tuberculeux

inopérables est compatible avec une bonne santé et même une activité sociale qui est loin d'être négligeable. Le cas de l'infirmier de GUYON n'est nullement exceptionnel.

On aurait bien tort de se représenter le tuberculeux rénal qui, pour une raison ou une autre, ne relève pas de l'acte opératoire, comme un pauvre être extraordinairement fragile, nécessitant une surveillance médicale de tous les instants. Le sujet pourra mener une vie très active et ce ne sera souvent que tardivement qu'il deviendra impotent et grabataire. Nous n'en voulons pour preuves que ces quelques observations que nous devons à l'obligeance de M. le Docteur PELLETIER, Chef du Service d'Urologie de la Maison Départementale de Nanterre.

INTERET DE LA QUESTION

Il faut bien dire qu'il n'est pas indifférent pour le médecin de réussir par un traitement approprié, soit médical, soit médico-chirurgical, à donner à ces malades l'impression de l'amélioration et même de la guérison. Car enfin, la tuberculose rénale inopérable groupe un nombre important de malades.

Il y a d'abord la tuberculose rénale bilatérale : souvent, mais non toujours. On sait en effet que la tuberculose rénale bilatérale est justiciable encore de la néphrectomie dans certains cas. En premier lieu, lorsqu'il y a atteinte légère de l'un des deux reins, et on peut alors penser que ce dernier bénéficiera du départ d'un foyer infectant.

Par ailleurs, certains accidents tels une hémorragie importante, une pyonéphrose aiguë, mettant brusquement en danger la vie du malade, peuvent nécessiter la néphrectomie. Mais enfin, ces cas bien définis mis à part, on peut dire que la tuberculose rénale bilatérale est inopérable.

Est également inopérable le malade qui, bien que n'ayant qu'un rein atteint, présente une insuffisance fonctionnelle du rein opposé, insuffisance vérifiée à des examens répétés et par le cathétérisme et par

l'étude de l'élimination de la phénol-sulfone-phthaléine.

Une tuberculose frappant un rein unique est évidemment inopérable. Il en est de même s'il y a, après néphrectomie, tuberculisation secondaire du rein restant. L'existence d'un foyer pulmonaire évolutif et déjà ancien est une contre-indication à l'intervention.

Même attitude pour les lésions ostéo-articulaires précédant, accompagnant ou suivant la tuberculose rénale. Dans ce cas particulier, il s'agit souvent d'anciens pottiques guéris. PAPIN insiste sur ce fait que la tuberculose rénale présente ici une allure particulière. Les lésions sont massives, très rapidement bilatérales, et les interventions pratiquées ne peuvent être que palliatives.

La tuberculose rénale de l'enfant, moins fréquente que celle de l'adulte, est beaucoup plus grave et inopérable dans l'immense majorité des cas. On sait qu'elle est très souvent bilatérale, et dans les cas unilatéraux où l'on est intervenu, les résultats ont été franchement décevants : mortalité opératoire immédiate considérable, ou amélioration passagère presque toujours suivie d'aggravation. D'ailleurs, la tuberculose rénale chez l'enfant marche souvent de pair avec d'autres bacillooses viscérales traduisant l'essaimage du bacille de Koch dans tout l'organisme.

Cependant WEIGTLAND, d'Amsterdam, au Congrès Français d'Urologie de 1930, a souligné le fait que

la tuberculose rénale unilatérale chirurgicale n'est pas une rareté chez l'enfant. Il faut y songer dans beaucoup de cas d'albuminurie, d'incontinence nocturne ou de cystite.

A côté de cette tuberculose de l'enfant généralement inopérable, il faut placer la tuberculose des sujets âgés. Là aussi, les statistiques montrent que les résultats opératoires sont mauvais et que les décès immédiats sont fréquents. A moins d'avoir affaire à un sujet très résistant, présentant une bonne constante uréo-sécrétoire, on peut dire que la tuberculose du vieillard est inopérable.

C'est à la constante d'Ambard que l'on demande parfois de trancher ces cas frontières si difficiles à élucider. Doit-on intervenir ? N'est-il pas plus sage au contraire d'attendre avant de prendre une décision définitive ?

C'est par exemple le cas d'un tuberculeux rénal qui est unilatéral mais dont le mauvais état général, l'atteinte discrète d'un poumon, font hésiter sur la thérapeutique à suivre. C'est aussi le cas du malade qui a bien une tuberculose bilatérale, mais l'un des deux reins étant vraisemblablement peu atteint, y a-t-il bénéfice à recourir à l'acte opératoire ?

De toute façon, chez un même malade, il y aura lieu de pratiquer plusieurs constantes. Rappelons que dans différents cas la constante est pour ainsi dire sans valeur : entre autres si les urines sont sanglantes ou s'il y a de la fièvre.

Les chiffres de la constante dépassant 0,15 sont

en général une indication formelle de s'abstenir. Si les chiffres oscillent autour de 0,09, on pourra, pour lever les doutes, s'aider de l'épreuve de la phénol-sulfone-phtaléine, dont la technique a été parfaitement mise au point par SIGURET dans le *Journal de Médecine de Paris* d'avril 1926.

Il existe enfin des malades où, pour une raison quelconque, le cathétérisme urétéral est absolument impossible. Et on conçoit, si on est privé de cette méthode d'investigation si précieuse, combien il peut être difficile d'affirmer si le malade est ou non opérable. Ce n'est qu'après un examen de clinique minutieux et en s'aidant de la constante d'Ambard, de l'épreuve de la phénol-sulfone-phtaléine et de l'urographie intraveineuse, que l'on pourra porter un diagnostic de probabilité et partant une conduite à tenir.

Quoi qu'il en soit, on voit qu'il existe encore aujourd'hui un nombre important de tuberculoses rénales où, soit faute d'un diagnostic précoce, soit pour une tout autre raison, toute intervention chirurgicale est à rejeter.

Force nous est donc d'avoir recours à un traitement médical : traitement palliatif sans doute, puisque la maladie évoluera inéluctablement, à échéance plus ou moins lointaine, vers l'urémie, la cachexie ou la généralisation tuberculeuse, mais traitement suffisant pour permettre au patient de mener une existence très supportable. Cette tolérance, parfois remarquable, nous allons l'observer dans les quelques observations suivantes.

OBSERVATIONS ET DISCUSSION

OBSERVATION I

(Observation personnelle du Dr PELLETIER, Chef du Service d'Urologie de la Maison départementale de la Seine).

« Le docteur X..., coxalgique ancien, est vu en 1906 par ALBARRAN qui pose le diagnostic de tuberculose rénale double. Le médecin quitte alors sa clientèle de province, clientèle de médecine générale très chargée et très fatigante, et va passer deux ans en Suisse, où il apprend l'art dentaire.

Je l'ai soigné en 1916, ayant été mobilisé dans la région où il exerçait.

Il présentait alors une capacité vésicale de 30 gr. au plus et urinait dans un urinal en caoutchouc, petite infirmité qui ne l'empêchait nullement de donner tous ses soins à une très importante clientèle. On le voyait travailler à son cabinet toutes les matinées de 9 h. à 12 h. et tous les après-midi de 14 h. à 18 h. et même quelquefois plus tard. Ses mictions, tout en étant extrêmement fréquentes, étaient à peu près indolores à la condition qu'on calibrât à inter-

valles réguliers son urètre postérieur qui était, je crois, le siège de lésions fibreuses, à la condition aussi qu'il se fit tous les jours une instillation d'huile goménolée à 1 % et deux fois par jour une instillation de bleu.

Je l'ai ainsi suivi de 1916 à 1919 et depuis je le voyais ou avais souvent de ses nouvelles, ayant gardé des relations très amicales avec lui.

Cet homme mourut subitement en 1923, et jusque vers un mois avant sa mort, avait mené une vie très active. La mort semble avoir été provoquée par une crise d'urémie faisant suite à une infection grippale.

Voilà un bel exemple de courage, car mon pauvre ami savait parfaitement que les deux reins étaient très malades. Cette longue survie l'étonnait lui-même. Il n'en avait pas moins fait le gros effort de quitter sa situation, d'apprendre une nouvelle profession, et en attendant tous les jours la mort, de vivre comme si son existence devait avoir une durée normale ».

Ainsi donc, ce médecin devenu dentiste, ancien coxalgique, et porteur d'une tuberculose rénale bilatérale, s'était très bien adapté à ses nouvelles fonctions. Ce grand malade, dont la pollakiurie frisait l'incontinence, puisqu'il était obligé de porter sur lui un urinal en caoutchouc, avait pu, pendant de longues années, effectuer un travail exigeant minutie et attention soutenue, ainsi que la position debout. La thérapeutique était très simple : cure hygiéno-diététique, et instillations intra-vésicales.

De ces instillations, il semble que ce soit le bleu de méthylène qui agisse le mieux sur les lésions vésicales et donne les meilleurs résultats.

A l'hôpital de Nanterre, nous employons toujours la solution à 1 %. Cependant, si les mictions sont trop fréquentes et trop douloureuses, si la capacité vésicale est trop réduite et que les troubles atteignent une intensité telle que le sujet en est réduit à uriner toutes les cinq minutes ou même perd ses urines, nous préconisons la cystostomie.

OBSERVATION II

(Observation personnelle du Docteur PELLETIER)

M. A..., originaire d'Orléans, m'est adressé au mois d'avril 1928 par le Dr LABOUGLE. Cet homme présente depuis environ 10 ans de la pollakiurie avec pyurie.

Il a déjà été examiné et un cathétérisme urétéral double pratiqué en 1921 a donné les résultats suivants.

Rein droit :

leucocytes assez abondants,
pas de germes,
urée 15 gr.,
chlorures 12,50.

Rein gauche :

leucocytes abondants,
quelques hématies,
pas de germes,

urée : 10 gr. 03,
chlorures : 11 gr. 68.

En 1928, la capacité vésicale est de 150 gr. Je fais une cystoscopie et j'observe les signes suivants :

Juste au-dessous de l'orifice urétéral gauche, qui est rouge et légèrement œdématié, se voit une élévation d'aspect inflammatoire, non ulcérée, mais saignant au moindre contact. L'orifice urétéral droit est pâle et œdématié. Une petite ulcération en coup d'ongle est située à 1 cm. en dedans de lui.

Je fais un cathétérisme bilatéral et l'analyse (Dr LABOUGLE) montre ce qui suit :

Urine totale :

urée : 14,52,
chlorures : 10,43,
polynucléaires altérés,
quelques hématies,
pas de B. K., même après homogénéisation,
pas d'autres microbes, même en culture.

Rein gauche :

polynucléaires altérés, hématies,
pas de B. K., aucun germe,
urée : 11,54,
chlorures : 7,25.

Rein droit :

polynucléaires altérés, nombreuses hématies,
pas de germes,
urée : 17,65,
chlorures : 18,59.

Deux cobayes sont inoculés avec les urines séparées et sacrifiées au bout de six semaines. L'autopsie montre qu'il s'agit bien de lésions tuberculeuses.

Le poids du malade est alors de 62 kg. J'ordonne un traitement reconstituant, de l'Azotyl en particulier, et une instillation vésicale de bleu de méthylène deux fois par semaine.

Le 27 juin 1928 : pas d'amaigrissement. Cystoscopie. L'ulcération du côté de l'orifice urétéral droit est cicatrisée. La partie soulevée à côté de l'orifice gauche est ulcérée.

Capacité vésicale : 150 gr. Urines troubles.

Je préconise la continuation du traitement à base de recalcifiants, de toniques généraux et d'instillations de bleu.

En 1929, le malade présente plusieurs hémoptysies et est soigné pour tuberculose pulmonaire. Je le revois en janvier 1930.

Le poids est de 63 kg. 400.

La capacité vésicale est franchement meilleure, atteignant 300 gr.

A la cystoscopie, la vessie apparaît normale dans son ensemble, sauf une légère rougeur et un peu d'œdème au niveau de l'orifice urétéral droit.

Le 26 avril 1931, l'amélioration s'accroît. Le poids est de 64 kilog. 300. Les urines apparaissent plus claires.

Le malade prend de la biocholine et continue ses instillations de bleu.

Le 17 mai 1932. — A cette date, l'état de santé est

moins satisfaisant. Les mictions sont plus fréquentes et douloureuses. Le poids tombe à 62 kilogs. L'urine, plus trouble, montre une flore microbienne variée, avec prédominance de colibacilles. En même temps, l'état général s'altère; il y a de l'inappétence et de la diarrhée.

Je propose un régime alimentaire ne comportant ni pain, ni œufs, ni lait, et je prescris du bleu par voie buccale.

Je revois le malade le 12 octobre 1932, qui dit avoir eu deux crises douloureuses du côté droit sans fièvre. Cependant, les mictions sont moins fréquentes et douloureuses.

Capacité vésicale : 250 gr. A la cystoscopie, une petite ulcération au-dessus de l'orifice urétéral gauche.

Puis, je n'ai plus de nouvelles jusqu'au 9 octobre 1936. A cette date, la cysto ne montre pas d'ulcération, mais des plaques rouges, ecchymotiques, beaucoup plus nombreuses qu'auparavant, surtout autour de l'orifice urétéral gauche. Le poids est de 61 kilogs.

Le 21 octobre 1938, le malade m'écrit qu'il a quelque peu négligé son traitement. La biocholine a été un peu délaissée et les instillations de bleu effectuées assez irrégulièrement. Les mictions ne sont pas trop fréquentes : une fois la nuit et deux ou trois fois le jour. Cependant, le poids n'est plus que de 58 kilogs.

Je conseille alors de pratiquer les instillations de bleu aussi régulièrement que possible et de commencer un traitement vaccinothérapique par le V.A.V. ou vaccin de Vaudremer. »

En nous résumant, nous dirons que cet homme, garagiste de son métier, atteint de tuberculose double, a vu son affection évoluer avec des alternatives de mieux et de pire, mais a toujours pu continuer à exercer sa profession et cela depuis de nombreuses années.

Cette observation, outre l'intérêt qu'elle comporte, concernant la longueur de l'évolution, retiendra également l'attention par quelques points particuliers. Si nous considérons les résultats de l'analyse des urines séparées de notre malade, nous voyons que l'examen du culot de centrifugation n'avait révélé aucun B. K. même après homogénéisation. Et cependant, chacune des deux urines droite et gauche a tuberculisé le cobaye. Mais le laboratoire avait cependant bien montré un signe d'une valeur incontestable : l'existence de leucocytes déformés sans microbes mais avec des hématies. COLOMBINO avait bien montré que lorsqu'on trouvait, à l'examen d'une goutte d'urine fraîchement émise et non colorée, de nombreux leucocytes altérés avec quelques hématies et pas de microbes ou très peu, il s'agissait très probablement de tuberculose rénale. D'ailleurs, au Congrès français d'urologie de 1928, GAUTIER, par de nombreux exemples, confirmait la valeur du signe de COLOMBINO. Notre observation en est une preuve de plus.

Nous ajouterons que, pour mieux déceler le bacille de Koch dans les urines, nous employons toujours, à l'hôpital de Nanterre, la technique préconisée par

CHEVASSU. On recueille les urines le matin à jeun, chez un sujet qui n'a pris ni solide ni liquide depuis la veille au soir. Cette précaution est, en effet, capitale, quelle que soit la technique de recherche du bacille de Koch. Les bacilles éliminés dans l'urine sont souvent en nombre infime, et il est absolument nécessaire de les concentrer au maximum dans l'urine qu'on veut étudier. Bien entendu, on ne retiendra comme bacilles tuberculeux que seuls les bacilles à la fois acido- et alcool-résistants.

OBSERVATION III

(Observation personnelle du Docteur PELLETIER)

M. G... A... exerce le métier de serrurier. Il est âgé de 38 ans.

En 1918, se déclare une tuberculose du rein droit. Le diagnostic est porté précocement. La néphrectomie est décidée et l'opération a lieu au mois de mars de cette même année. Les résultats en sont très satisfaisants puisque les signes vésicaux disparaissent rapidement, les urines deviennent limpides et l'état général s'améliore.

En mars 1921, donc trois ans après la néphrectomie, les urines redeviennent troubles, les mictions fréquentes et douloureuses. Je vois le malade pour la première fois le 14 juin 1921. Le poids est de 62 kilos. Les urines sont troubles dans leur totalité, la capacité vésicale est faible, n'atteignant que 60 gr.

On remarque un petit noyau sur la queue de l'épididyme droit avec une petite fistulette. La palpation de la région rénale, un peu douloureuse des deux côtés, ne montre rien de particulier.

Je fais pratiquer un examen cyto-bactériologique des urines qui montre des hématies, du pus, des B.K. après homogénéisation, pas d'autres germes. On ne fait pas de culture.

Je prévien alors la famille de ma crainte d'une tuberculose du rein restant; je considère le malade comme perdu, et pour tenter quelque chose, je décide d'avoir recours à un vaccin, disparu depuis, et qui était constitué par des races humaine, bovine et aviaire. On l'employait localement et en injections intra-veineuses.

Je fais d'abord des instillations intra-vésicales et un traitement banal de recalcifiants. A ma grande surprise, l'état de santé du malade s'améliore. Les douleurs diminuent tandis que le poids augmente.

Le 26 juillet 1921, le poids est de 63 kgs 500; la capacité vésicale est de 90 gr.

Encouragé par ce premier résultat favorable, je me risque à essayer la voie intra-veineuse en commençant par 1/10^e de cm³. L'organisme réagit aussitôt devant la première piqûre de ce vaccin qui portait, je crois, le nom de Vébéol.

Le 27 juillet 1921, la température, à peu près normale jusqu'alors, atteint 38° le matin, 39° le soir.

Le 28 juillet 1921, température normale, nouvelle injection de 1/10^e de cm³ de vébéol.

Et ainsi de suite, à raison de une piqûre intra-veineuse par semaine, et j'observe chaque fois, le lendemain de la piqûre, une petite réaction thermique, cependant que les signes vésicaux s'améliorent.

Or, le 7 octobre 1921, après la première piqûre de 3/10^e de cm³ de vaccin fait la veille, survient une hématurie totale. La capacité vésicale de 125 gr. me permet un examen cystoscopique et je vois le sang venir nettement de l'orifice urétéral gauche.

Il n'y a d'ailleurs aucune lésion appréciable de la moitié gauche de la vessie ni de l'orifice urétéral gauche. Il y a en revanche des ulcérations dans la moitié droite, quelques-unes assez profondes et recouvertes d'un enduit grisâtre, d'autres cicatrisées. Mais le sang vient sans aucun doute de l'uretère gauche. L'hématurie a duré 36 heures.

En conséquence, la semaine suivante, je décide de revenir à la dose plus modeste de 2/10^e de cm³. L'hématurie ne se renouvelle pas et les signes vésicaux continuent à s'améliorer.

Le 28 octobre 1921, le malade repart chez lui avec des urines limpides et une capacité vésicale de 150 gr.

Le 24 décembre 1921, le Docteur BARDET qui soigne le malade m'écrit qu'il n'y a plus aucune émission sanglante. Les urines sont claires, il y a trois mictions la nuit. Le poids est de 65 kgs 600. Aucun traitement local. Un traitement général à base de reconstituants est prescrit.

Le 16 juin 1922, apparaît une nouvelle hématurie totale qui dure 24 heures. Bon état général. Capacité

vésicale 140 gr. Urine louche. Une nouvelle série de vébéol intra-veineux est effectuée du 16 juin 1922 au 13 juillet 1922 sans dépasser la dose de 1/4 de cm³, les réactions sont beaucoup moins fortes que la première fois.

Nous arrivons ainsi au 29 décembre 1922. Il n'y a pas eu de traitement depuis le mois de juillet. Les urines sont un peu louches, la capacité vésicale est de 150 gr.

La cystoscopie montre, occupant le dôme, une ulcération assez étendue avec plaque de sphacèle grisâtre. A droite, irradiant des bandes cicatricielles rougeâtres, qui masquent l'orifice urétéral. La moitié gauche est saine dans son ensemble. L'orifice urétéral gauche apparaît béant, un peu rouge, mais sans lésion appréciable.

Une nouvelle série de vaccin vébéol intra-veineux a été instituée par le Docteur BARDET en 1923, 1924, 1925. En 1926, pas de vaccin, mais deux séries de Panbiase antiphymique.

Je revois le malade le 3 novembre 1926 : la capacité vésicale est de 200 gr. L'ulcération du dôme est cicatrisée. L'orifice urétéral droit est visible entre des bandes cicatricielles. Il est un peu rouge.

L'orifice urétéral gauche est normal.

Depuis lors, aucun traitement autre qu'un traitement général reconstituant.

Le 24 décembre 1929, la capacité vésicale est de 225, et je ne trouve aucune lésion apparemment évolutive à la cystoscopie. Quant à la fistule épидidymaire, elle est fermée depuis plus d'un an.

Le malade est revenu me voir en mars 1932. Son aspect était floride et il n'accusait aucun trouble appréciable. L'urine se révélait absolument limpide et le nombre des mictions à peu près normal : une fois, quelquefois deux la nuit; trois à quatre fois le jour.

Mon malade me fit part de son intention de se marier. Je fis alors au mariage cette réserve qu'il fallait tout au moins que la fiancée soit tenue au courant.

Le mariage a eu lieu. Une fille bien portante est née et son père m'écrit de temps en temps que sa santé est satisfaisante et qu'il continue son travail.

En somme, il est certain qu'il y a eu :

1° Une longue période d'amélioration après néphrectomie et reprise brusque des accidents;

2° une hématurie constatée venant du rein restant.

J'ai tout lieu de penser qu'il s'est bien agi d'une rechute de la maladie atteignant le rein restant avec cicatrisation secondaire. Pourtant, je dois dire qu'il m'est impossible d'affirmer que la guérison est due au vaccin employé. Peut-être ne s'agit-il que d'une coïncidence. Ce vaccin vébéol qui jouissait d'une certaine vogue au moment où je l'ai utilisé, a depuis complètement disparu. Son existence a donc été tout éphémère et force nous est de reconnaître que s'il avait été réellement curateur, il aurait certainement connu une meilleure fortune ».

En lisant une telle observation, nous voyons sans peine toutes les discussions qu'elle soulève. L'hématurie venait bien du rein restant, en l'espèce le rein gau-

che dans notre observation, puisque le phénomène a été vérifié à la cystoscopie.

Peut-on d'abord soulever l'hypothèse d'une hématurie en quelque sorte purement fonctionnelle du rein restant. On sait en effet qu'après néphrectomie, il peut se produire une hématurie sur l'autre rein, qu'explique la surcharge congestive de cet organe; hématurie sans relation aucune donc, avec une tuberculisation secondaire. Mais ce symptôme s'observe dans les jours qui suivent l'acte chirurgical et non pas trois ans après. Cette interprétation est à rejeter complètement. L'hypothèse d'une hématurie par déséquilibre circulatoire étant définitivement écartée, on peut alors penser qu'il y a bien eu fixation secondaire du B. K. sur le rein gauche, que la maladie continue à évoluer tout doucement, que rien ne prouve que la guérison que nous observons pour le moment soit une guérison réelle plutôt qu'une longue rémission, comme cela se voit si souvent. Il ne s'agirait somme toute que d'une évolution très lente. La virulence atténuée d'un bacille, l'hypertrophie compensatrice du rein restant, expliqueraient cette longue tolérance du malade. Quant au vaccin vénéol, il n'aurait eu dans la circonstance qu'une action négligeable.

A tout cela, on peut répondre que s'il y a eu atteinte et évolution tuberculeuse sur ce seul rein depuis 1921, il est tout de même peu vraisemblable que dix-sept ans après le sujet soit en aussi bonne santé. Tout en doutant fortement de l'action curative du vaccin vénéol, on doit cependant admettre que c'est après la

piqûre que les hématuries sont survenues et qu'ensuite les urines se sont clarifiées et la capacité vésicale améliorée. Cette dernière est passée de 60 à 225 gr. La fistule épидидymaire n'existe plus. L'état général est satisfaisant.

Nous en arrivons ainsi à discuter du rôle qu'a joué le vaccin vénéol, si rôle il y a eu. D'abord, peut-on penser que ce vaccin, trop virulent par voie intra-veineuse, a suffi à lui seul à léser le rein et par suite à provoquer un saignement dont il est seul et directement responsable. Mais alors, on objectera sans peine qu'un rein antérieurement sain n'aurait pas saigné, que l'hématurie ne se serait pas produite s'il n'y avait eu une lésion préalable, et qu'ainsi le vaccin n'a fait qu'extérioriser, que mieux révéler une lésion évolutive préexistante.

Peut-on parler de biotropisme qui, comme on le sait est le réveil par une cause quelconque d'un état antérieur infectieux, d'un microbisme latent. Dans ce cas particulier, le vaccin aurait activé certains germes et provoqué l'éclosion d'une poussée bacillaire ou même d'une néphrite hématurique indéterminée. Nous dirons qu'il ne semble pas qu'il en soit ainsi, puisqu'avant l'emploi même du vaccin, il y avait déjà des troubles très marqués de l'élimination urinaire.

Faut-il plutôt admettre la possibilité d'une réaction analogue à ce qu'est, toute comparaison gardée, la réaction d'Herxheimer.

Nous nous garderons bien de conclure de façon for-

melle. Nous nous bornerons aux quelques réflexions suivantes :

1° Le vaccin vénéol employé par voie intraveineuse a déterminé chez notre malade des poussées thermiques ;

2° le vaccin vénéol semble bien avoir été la cause directe ou indirecte de l'hématurie ;

3° tout s'est passé comme si ce vaccin avait eu une action curative efficace. Du même coup, nous comprenons aisément qu'il soit tombé dans l'oubli et ait disparu de l'arsenal thérapeutique actuel. Car, enfin, si son action hémorragipare est certaine, on voit le danger qui peut en résulter pour les tuberculeux. Ce peut-être d'abord une hématurie grave mettant en jeu la vie même du malade. On peut craindre également que le sang épanché à l'intérieur du parenchyme rénal ne devienne pour le B. K. un véritable bouillon de culture et n'entraîne ainsi l'ensemencement massif de tout l'organe. Une tuberculose localisée risquerait ainsi d'essaimer et de devenir une tuberculose diffuse et massive. Peut-être faut-il voir là une cause importante des échecs de cette vaccinothérapie dans la tuberculose rénale.

OBSERVATION IV

M. H..., chômeur, âgé de 38 ans, nous est adressé au mois de mars 1938 par le Docteur BORY, de Nanterre, pour des troubles de l'élimination urinaire.

A vrai dire, les antécédents familiaux et personnels du malade sont assez chargés. Son père est mort avant la guerre d'une affection des voies respiratoires ayant entraîné plusieurs années. Sa mère succombe en 1918 à la grippe espagnole. Il est le plus jeune de dix-huit frères et sœurs qui, d'ailleurs, sont morts pour la plupart. Son enfance est pénible et malheureuse. En somme, antécédents très chargés, vie antérieure pénible. Cependant, il se dit bien portant jusqu'en 1929, exerçant le métier d'ouvrier boulanger. Il se déclare alors une tuberculose osseuse du sacrum (aileron sacré) entraînant la formation d'un abcès froid dans la fosse iliaque interne droite. Il se produit une fistule qui s'infecte secondairement. Le malade est hospitalisé à l'hôpital maritime de Berck où il restera un peu plus d'un an. C'est là qu'il entendit parler dans son entourage du vaccin Friedmann et de malade à malade, on en vantait les résultats merveilleux. Mais, ce vaccin était alors strictement interdit. M. H..., désireux de se faire soigner coûte que coûte par cette méthode, quitta Berck, vint à Paris, et se serait fait faire une seule piqûre du vaccin Friedmann. A son dire, la fistule était complètement fermée deux mois après. Effectivement, il existe actuellement une cicatrice rétractée, paraissant bien correspondre à la fistule citée.

Quoi qu'il en soit, ce sont des troubles d'ordre urinaire qui, en avril 1938, forcent son attention et l'obligent à consulter. En réalité, on se rend compte en l'interrogeant que ces symptômes morbides ne datent pas

d'hier. Depuis pas mal de temps déjà, notre homme s'étonnait de la fréquence de ses mictions diurnes et nocturnes surtout. Toutefois, il est impossible d'en faire préciser le début. Ce n'est qu'au jour où les troubles ont atteint une acuité extrême, avec émission d'urines sanglantes que le malade s'est décidé à se faire examiner.

M. H... présente un aspect floride. Le teint frais, le poids de 65 kilogs, pour une taille moyenne, des fonctions digestives excellentes, témoignent d'un bon état général apparent.

La pollakiurie est très marquée. Dix à douze fois la nuit, davantage le jour, le patient doit céder à des mictions impérieuses et douloureuses, surtout dans leur jet terminal. Il a l'impression de n'avoir jamais complètement vidé sa vessie. La quantité totale d'urine par 24 heures varie entre deux litres et deux litres et demi. Leur aspect macroscopique est à la fois pâle et trouble, laissant au repos déposer un épais dépôt. L'analyse de ces urines en mars 1938 donnait les résultats suivants : présence de pus et de sang. L'examen cyto-bactériologique montrait à l'étude directe des hématies, quelques cellules épithéliales, de nombreux leucocytes, ainsi que des bacilles coliformes. Pas de B. K. dans le culot de centrifugation après la technique habituelle de ZIEHL-NEELSEN. Cependant, quelques mois plus tard, en juillet 1938, on trouvait toujours du pus et du sang, mais les bacilles coliformes avaient disparu et on mettait facilement en évi-

dence dans le culot de centrifugation de nombreux bacilles à la fois acido et alcool-résistants.

Pollakiurie, pyurie, avec présence de B. K. affirment le diagnostic de tuberculose rénale. L'examen clinique est peu concluant. La palpation des deux fosses lombaires est un peu douloureuse, sans point précis. On accroche le pôle inférieur du rein droit tandis que le rein gauche apparaît nettement augmenté de volume. On ne trouve aucun signe de localisation sur l'appareil génital.

Il faut nous adresser à des examens complémentaires, cystoscopie et cathétérisme bilatéral pour séparation des urines, temps capital qui permettra d'affirmer l'uni ou la bilatéralité des lésions.

Or, toutes les tentatives réitérées pour pratiquer une cystoscopie ont été infructueuses. Malgré les instillations répétées de bleu de méthylène, malgré les suppositoires opiacés, l'intolérance vésicale a toujours été absolue, ne permettant aucun examen. Dès l'injection de 20 à 30 cc, l'incontinence se produit aussitôt. D'ailleurs, la capacité vésicale atteint à peine 60 gr.

C'est l'examen radiographique qui nous a apporté les signes concluants. D'abord une radiographie simple montra dans la fosse lombaire gauche, au niveau de l'intervalle L2-L3, une masse arrondie; de contour irrégulier, de la grosseur d'une noix, opaque aux rayons X, donnant l'aspect en somme d'une masse calcifiée, mais avec des plages de teinte variable, ici plus claires, là plus foncées.

Mais, c'est l'urographie intra-veineuse qui a montré les signes les plus importants. Du côté gauche, c'est-à-dire du côté correspondant à la masse calcifiée, l'urosélectan est complètement invisible, que ce soit quelques minutes ou vingt-cinq minutes après l'injection. Donc, de ce même côté gauche, aucune élimination du produit opaque, arrêt complet de la fonction excrétoire et sécrétoire du rein et nous pouvons conclure exclusion spontanée du rein gauche, ou autonéphrectomie. Le rein droit, par contre, élimine sans retard, mais l'aspect flou et mal rempli des calices, et surtout la dilatation considérable de l'uretère avec plicatures par places, sont autant de signes qui plaident en faveur de l'envahissement tuberculeux de l'arbre urinaire droit.

L'urée sanguine donne le chiffre sensiblement normal de 0,42. La constante d'Ambard est de 0 g. 160.

Il s'agit bien d'une tuberculose rénale et d'une tuberculose rénale double inopérable. Ajoutons que l'auscultation du poumon a révélé de gros râles humides et du gargouillement au niveau de la fosse sous-claviculaire gauche et que la radio a montré une image de spélonque.

Nous voyons donc le cas d'un homme jeune, présentant un bon état général et cependant atteint successivement de tuberculose osseuse, pulmonaire et rénale. Bien qu'il soit difficile de présumer du début de cette dernière et d'établir la durée de son évolution, il semble bien, si l'on tient compte de l'exclusion du rein gauche, que les lésions sont loin d'être récen-

tes. Pendant toute cette période, la vie de M. H... n'a pas été du tout celle d'un infirme. Il a pu vaquer à différentes occupations : manœuvre, commissionnaire, chiffonnier et autres métiers nécessitant parfois un effort physique assez pénible.

Le pronostic n'en est pas moins grave et ce n'est qu'une survie de quelques années que l'on peut espérer chez cet homme condamné à vivre avec un rein malade et un rein exclu. Sans doute, son azotémie n'est pas élevée, tout au moins actuellement, mais on sait depuis les travaux classiques d'AMBARD qu'une azotémie normale ou subnormale peut parfaitement coexister avec un fonctionnement insuffisant du rein. Et c'est le gros intérêt de la constante uréo-sécrétoire de faire connaître le pouvoir concentrateur du rein. Chez notre malade, elle est de 0,160, chiffre assez médiocre.

Cependant, dans l'espoir d'une amélioration, nous avons préconisé, en plus des instillations vésicales de bleu, un traitement vaccinothérapique. Nous nous sommes adressés au vaccin de VAUDREMER ou V. A. V., et plus spécialement à l'émulsion bacillaire forte. Le malade a eu ainsi deux séries de piqûres, l'une en mai, l'autre en octobre, de six injections chacune, en commençant par 1/4 de cc., et en finissant par 2 cc. Injections sous-cutanées dans la fosse sous-épineuse.

Les réactions locales ont toujours été insignifiantes. Assez souvent, cependant, une rougeur passagère. Plus importantes nous ont paru les réactions générales. Parfois un fébricule léger, à 37,8 ou 38, mais

surtout une grande fatigue, une grande lassitude avec courbature, condamnant à un repos forcé.

Les réactions focales sont intéressantes. A partir de la cinquième piqûre, les urines se sont franchement éclaircies et surtout les mictions ont été moins douloureuses. Mais le nombre des mictions ne s'est pour ainsi dire pas modifié. Leur fréquence reste aussi grande. On ne peut pas encore conclure.

Cependant, l'état général se maintient satisfaisant. La température est à peu près normale, l'appétit bien conservé et le malade a même repris un kilog. Nous pensons qu'il y a lieu de continuer le traitement vaccinothérapique et qu'une surveillance médicale rigoureuse est absolument nécessaire. En particulier, il ne faut pas oublier que le rein gauche exclu reste toujours menacé d'une pyonéphrose secondaire, indication formelle de néphrectomie ou, à défaut, de néphrostomie.

OBSERVATION V

M. C..., âgé de 42 ans, présente depuis plus de six ans une tuberculose rénale double.

Dans ses antécédents, il n'y a rien de particulier, sinon une brillante conduite pendant la guerre. Fait prisonnier, il tente à plusieurs reprises de s'évader. En 1932 apparaissent les premiers signes morbides. Le malade remarque et s'inquiète de la fréquence de ses mictions. En même temps, il éprouve un endolo-

rissement de toute la région lombaire. C'est, dit-il, une sorte de lumbago permanent exacerbé par les efforts physiques et la charge des poids lourds. Brusquement, son état s'aggrave. Il souffre en urinant, présente plusieurs hématuries, maigrit de quatre kilos. Après un bref séjour à l'hôpital d'Argenteuil, il consulte à la Maison de Nanterre.

L'examen des urines montre de la pyurie, des hématies, l'absence de germes pyogènes et dans le culot de centrifugation de nombreux bacilles de Koch, à la fois acido et alcool-résistants. La palpation des fosses lombaires ne montre aucun signe particulier. On relève seulement qu'elle est plus douloureuse à gauche qu'à droite.

L'appareil génital apparaît indemne de toute localisation. Les poumons ne montrent aucun signe particulier.

La capacité vésicale, très faible, atteint à peine 40 gr., et n'a jamais pu permettre aucun examen cystoscopique et, partant, aucun cathétérisme. C'est l'urographie intra-veineuse qui a montré l'atteinte bilatérale de la maladie.

L'urée sanguine est toujours restée normale, entre 0,25 et 0,35. Constante 0,10.

De 1932 à 1938, le seul traitement appliqué a constitué en toniques reconstituants et instillations vésicales de bleu de méthylène et de vitargyl. Des séances de diathermie paraissent avoir eu une influence heureuse.

Dans l'espace de six ans, le malade a repris dix kilogs, et si les mictions sont aussi fréquentes, elles sont nettement moins douloureuses. Cependant, la capacité vésicale reste très faible, entre 40 et 60 gr.

ESSAI THERAPEUTIQUE

S'il est vrai que la guérison de la tuberculose rénale inopérable n'est qu'un mythe, il importe de souligner que ces malades peuvent tirer du traitement médical seul un bénéfice très appréciable.

Nous pouvons formuler quelques lignes de conduite générale.

1° D'abord, et en premier lieu, il ne faut pas oublier que si le tuberculeux rénal a une lésion localisée, il est, en matière de maladie, un tuberculeux, le traitement sera donc avant tout tonique et reconstituant. Pas de régime lacté absolu parce que le malade a quelques faibles parties d'albumine due au pus que l'urine contient.

2° Des règles d'hygiène générale. Il faudra, bien entendu, éviter les exercices violents, les promenades trop longues.

L'héliothérapie et l'altitude ont donné des résultats très encourageants.

3° La thérapeutique vésicale garde toute son importance. On a préconisé successivement les instillations d'huile phéniquée à 5 %, d'huile goménolée à 5 %, d'huile iodoformée. Mais, il est incontestable que c'est le bleu de méthylène qui a toujours été le mieux supporté. On injecte d'abord 5 à 10 cm³ d'une solution à 1/2 % puis à 1 %. Si les phénomènes douloureux sont trop marqués, ou si le malade est trop pu-

sillanime, on se trouvera bien d'instiller au préalable dans l'urèthre quelques cm³ d'une solution de stovaine à 1 ou 2 %.

Le bleu de méthylène sera également donné per os à titre d'antiseptique urinaire à la dose de dix centigrammes par jour, pris en deux fois. Est-il besoin de rappeler qu'il ne faut jamais avoir recours à l'urotropine, sous peine de voir s'aggraver l'intolérance vésicale et même survenir des hématuries.

4° La thérapeutique spécifique de la tuberculose rénale retiendra quelques instants notre attention. Elle a soulevé des espoirs, causé bien des déceptions. Est-ce parce que nous manquons de méthode, de conduite à tenir, que nous appliquons trop souvent indifféremment le même vaccin aux mêmes doses, dans des cas différents.

L'antigène méthylé de BOCQUET-NÈGRE a donné trop de résultats inconstants pour qu'on puisse préjuger de son efficacité.

Le vaccin FRIEDMANN, tombé aujourd'hui dans l'oubli, a eu cependant son heure de célébrité. Il était constitué, comme on le sait, par le bacille pseudo-tuberculeux de la tortue, isolé par l'auteur. Mais comment agissait-il puisqu'il est prouvé que les bacilles acido-résistants des animaux à sang froid n'ont aucune propriété immunisante vis-à-vis de la tuberculose des mammifères. Il serait cependant injuste de nier certaines améliorations incontestables.

Le vaccin AUCLAIR contenait un mélange d'extrait hydro-glycériné de pancréas de poule et de bacilles

tuberculeux humains tués par la chaleur. On lui doit quelques beaux résultats. CHEVASSU a rapporté le cas d'une jeune fille atteinte de granulie après une néphrectomie, et guérie par le vaccin d'AUCLAIR.

Quant au vaccin de VAUDREMER ou V.A.V., qui est une émulsion de microbes cultivés sur un filtrat de cultures d'*Aspergillus fumigatus*, et secondairement tués par la chaleur, il demande généralement un traitement prolongé de plusieurs semaines et même de plusieurs mois avant d'obtenir un résultat appréciable. De toute façon, on peut dire aujourd'hui que si la vaccinothérapie en matière de tuberculose rénale n'a pas répondu à tous les espoirs, elle n'en constitue pas moins actuellement un traitement palliatif très encourageant. Si, malheureusement, il n'y a pas guérison anatomique, il y a souvent améliorations cliniques incontestables. Si on considère l'action sur l'état général d'une part et l'action sur l'état local urinaire d'autre part, on peut dire que le résultat est double. L'état général reprend assez vite et l'augmentation de poids atteint plusieurs kilogs. Les troubles urinaires s'atténuent : les urines se clarifient, tandis que les besoins d'uriner se font moins fréquents, et moins douloureux.

L'amélioration clinique est parfois telle que le malade se croit guéri.

Et c'est déjà bien beau de donner à ces malheureux l'illusion de la guérison.

Nous terminerons par les quelques conclusions suivantes :

1° L'évolution de la tuberculose rénale inopérable, souvent très longue, est compatible avec une certaine activité sociale;

2° à défaut de guérison anatomique, on peut observer des améliorations cliniques notables;

3° la guérison véritable est possible, mais exceptionnelle;

4° la vaccinothérapie a déjà donné des résultats encourageants.

CONCLUSIONS

1° L'évolution de la tuberculose rénale inopérable souvent très longue, est compatible avec une certaine activité sociale.

2° A défaut de guérison anatomique on peut observer des améliorations cliniques notables.

3° La guérison véritable est possible, mais exceptionnelle.

4° La vaccinothérapie a déjà donné des résultats encourageants.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
TANON.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- CHEVASSU. — *La documentation médicale*, juin 1938.
- PAPIN. — *La tuberculose rénale*.
- MARION. — *Traité d'urologie*.
- PAPIN. — *La pyélographie*.
- LEGUEU et DOSSOT. — La vaccinothérapie en urologie. *Monde médical*, 1937, n° 895.
- CATHELIN. — Le problème social de la tuberculose rénale chirurgicale. *Journal du Praticien*, janvier 1928.
- WEIGTLAND. — La tuberculose rénale chirurgicale chez l'enfant. Congrès d'Urologie de 1930.
- GAYET. — Vaccinothérapie dans la tuberculose rénale. Congrès d'Urologie de 1930.
- LEFANTU. — Deux cas de tuberculose rénale traités par le vaccin de Vaudremer et guéris par exclusion du rein.
- CATHELIN. — Traitement de la tuberculose rénale. *Journal de Médecine de Paris*, 1926.
- SIGNAUT. — Epreuve de la phénol-sulfone-phtaléine. *Journal de Médecine de Paris*, avril 1926.
- Armand DELILLE. — Tuberculose rénale et héliothérapie. *Société Médicale des Hôpitaux*, juin 1927.
- LE FUR. — Bacillurie tuberculeuse et tuberculose rénale. *Société de Médecine de Paris*, avril 1932.
- MARION. — Traitement de la tuberculose rénale bilatérale. *Le Monde Médical*, octobre 1937.
- BÉRARD. — Les séquelles vésicales de la tuberculose rénale. *Revue médicale française*, décembre 1936.

- ANDRÉ. — Emploi des vaccins dans la tuberculose rénale. Congrès d'Urologie de 1931.
- AVERSENG. — De la vaccinothérapie dans la tuberculose rénale. Congrès d'Urologie, 1931.
- LHERITIER. — Thèse 1926. Traitement des tuberculoses chirurgicales par le vaccin de Vaudremer.
- BAZY. — Sur le traitement des tuberculoses chirurgicales par les vaccins tuberculeux.
- MICHON. — Quelques cas de traitement par le V.A.V. Association française d'urologie, Paris, 1931.
- KEYES. — Guérison spontanée d'une tuberculose rénale (*The journal of the Association medical association*, avril 1935).
- LIEBUMANN. — La guérison spontanée de la tuberculose du rein (*Sovetska... chirurg.*, n° 2, 1936).

